

**COASTAL BEHAVIORAL HEALTHCARE, INC.  
EVALUACIÓN DE RIESGO DE TUBERCULOSIS**

**POR FAVOR LEER CADA UNA DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS Y MARCAR LA  
RESPUESTA MÁS PRECISA:**

1. ¿Ha tenido contacto directo con una persona infectada con tuberculosis?  Sí  No
2. ¿Ha tenido una prueba cutánea de tuberculina positiva?  Sí  No
3. ¿Ha residido en cárcel o en prision en los últimos 6 meses?  Sí  No
4. ¿Ha trabajado o tenido residencia en un asilo, institución de cuidado a largo plazo o en un centro psiquiátrico durante el pasado año?  Sí  No
5. ¿Ha tenido radiografías de tórax anormal en los últimos 6 meses?  Sí  No
6. ¿Ha recibido alguna vez un resultado positivo en pruebas de VIH o virus del SIDA?  Sí  No
7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas en los últimos 3 meses?
- a. Fatiga inexplicable/letargo/ Cansancio excesivo?  Sí  No
  - b. Pérdida de peso inexplicable?  Sí  No
  - c. Sudores nocturnos inexplicable?  Sí  No
  - d. Fiebre inexplicable?  Sí  No
  - e. Inexplicable tos persistente/ prolongada por más de 2 semanas o una tos productiva de secreciones densas y/o sangre?  Sí  No

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino

Firma del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Staff Name: \_\_\_\_\_

Staff Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Client ID # \_\_\_\_\_